流产后生育力保护项目(FAP)

资助申请书

申请单位：

负 责 人：

职 务：

联系电话：

邮箱地址：

申请日期：

中国人口福利基金会妇幼关爱基金

**填表说明**

1.表格填写完整后、相关证明材料拍照后合成PDF，以压缩包的形式作为附件发送邮件至fuyouguanai@126.com，邮件标题请注明“省份+流产后生育力保护项目（注明本院全称）资助申请书”；例如：湖北+流产后生育力保护项目（武汉大学人民医院）资助申请书

2.请提供相关证明材料复印件，如无法提供证明材料内容视为无；

3.表中□，是或者有打√，否或无打×；

4.需填写内容较多者，可附件。

流产后生育力保护项目（FAP）资助申请表

|  |
| --- |
| **申请单位** |
| 医院全称： | 申请科室： |
| **项目执行主任简介** |
| 姓名： | 性别： | 出生年月： |
| 职务/职称： | 最终学位： |
| 主研领域： | 电子邮箱： |
| 联系电话： |
| **项目组主要参与者（不含执行主任)** |
| 姓名 | 性别 | 职务/职称 | 联系电话 | 每年工作时间（月） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **申请单位相关信息** |
| 1、本项目的执行在贵单位是否设置领导小组？ |
| □是 □否 |
| 2、贵单位是否有保障措施和经费投入，专款专用，能保证计划的有效实施？ |
| □是 □否 |
| 3、贵单位是否将项目建设发展工作纳入机构整体发展规划，并作为重点工作予以支持？ |
| □是 □否 |
| 4、贵单位级别：□1 □2 □3 ；等级：□甲 □乙 |
| 5、关于人工流产及生殖健康促进，贵单位： |
| ①年诊疗量是多少？ |  人次 |
| ②计划生育门诊月度平均门诊量是多少？ |  例 |
| ③预计项目服务覆盖率是多少？ |  % |
| ④预计项目总体落实率是多少？ |  % |
| 6、关于项目执行工作，贵单位： |
| ①人流术前安排专人对患者进行流产后生育力保护宣教咨询服务 | □是 □否 |
| ②科室设置流产后生育力保护相关的宣传栏等 | □是 □否 |
| ③定期开展患者流产后生育力保护健康教育活动 | □是 □否 |
| ④组织项目相关人员定期开展项目总结会 | □是 □否 |
| ⑤对内膜修复后的女性，全面落实避孕工作 | □是 □否 |
| 7、关于项目目标，贵单位预计： |
| ②流产后高风险人群生育力保护率是多少？ |  % |
| ③每年开展生育力保护病例是多少？ |  例 |
| ④流产后1个月内随访率是多少？ |  % |
| ⑤内膜修复后避孕措施落实率是多少？ |  % |
| **经费预算** |
| **支出科目** | **金额（万元）** | **计算根据及理由** |
| 医院管理费 |  |  |
| 材料制作费（含设计制作、印刷等） |  | 参考如下：1. 患者教育、总结会物料制作 元；
2. 宣传栏资料设计印刷 元；

3咨询室材料设计制作 元 |
| 劳务费 |  |  |
| 误餐费 |  |   |
| 其他（办公费等） |  |  |
| **合计** |  |  |
|  负责人（签字）： 年 月 日 |

|  |
| --- |
| 附件一：医院介绍、负责科室介绍、项目执行主任/领导小组介绍等证明资料 |
| 附件二：其他资料（可参考如下，自行增删）·门诊建设：制定切实可行的本单位FAP门诊建设计划；制定本单位FAP流程，并在咨询场所进行公示；·宣教活动：指定专人（可兼）从事宣教咨询服务，有明确的岗位制度、岗位职责、培训计划和考核制度；在宣教咨询场所有宣教展板、宣传资料展示；·咨询室建设：制定管理制度及管理文件，如：流产后生育力保护咨询技术SOP、随访制度、标准咨询随访模板、咨询及随访记录表等；为开展优质FAP服务配备其他必要条件，如固定电话等；·人员培训：外出学习、阶段性项目总结改进等 |

注：如有任何造假、虚构情况，中国人口福利基金会有权追回全部资助款，并追究相关法律责任。